

01.

理事長・学術集会長時代の出来事、活動、苦勞、今後の方向性への助言

伊東 紘一

(常陸大宮済生会病院院長)

日超医の理事長を務める前段として、庶務担当理事、編集委員長、専門医制度副委員長など多くの役職を務めさせていただいた。その頃の活動や苦勞は大きな物であった。先ずそれらの事を思い起こして、今後の方向性への意見を述べたい。

日超医学会長中山淑、竹原靖明、松尾裕英氏等の庶務担当理事を務め学会の雑事、採め事処理、理事会運営、文部省との交渉、事務局運営など等を行った。学会事務局の整理、専門医制度の発足、規約集の整理、選挙制度の改善、文部省による科学研究費制度への改善要望により細目「医用システム」とキーワード「超音波医学」の採択、渡邊決学会長のときの編集委員長としての学会誌の改革など等、多くの仕事をさせていただいた。中山淑学会長の時に松尾裕英氏が専門医制度委員会委員長となり、その副委員長として制度の整備を行った。委員には岡井崇、千田彰一、竹内和男、棚橋善克、万代恭嗣、平田経雄の各氏で夕方から朝まで、13時間半の長帳場の委員会を行った。また、松尾裕英理事長の時に特別学会賞が制定され、第1回の受賞者として、滑川孝六氏と仁村泰治氏が選ばれた。

私が理事長として活動したのは、2000年（平成12年度）～2002年（平成13年度）である。私が松尾裕英先生のあとを引き継いで理事長としての仕事をする時には、里見庶務・秋山財務担当理事はじめ理事会のメンバーが活躍してくれたので、比較的落ち着いた2年間であった。私が理事長の時の2001年から日超医学会の学会誌は英文版 J Medical Ultrasonics, vol-28, spring, 2001

(季刊)が発刊され(編集委員長 名取博)、今日にまで発展され、外国からの投稿もあり、インパクトファクターもつくようになっていることはめでたいことです。また、研究開発促進委員会(棚橋善克委員長)を立ち上げて平成13年から会員の研究助成金を交付するようになった。

第60回・第77回学術集会(研究発表会)ならびに第7回アジア超音波医学生物物理学術連合国際会議(AFSUMB2004)の会長を務めたのは1992年と2004年のことであった。

第60回研究発表会(会場は宇都宮市にある栃木県総合文化センター、1992年5月20～22日)では、創立30周年を記念する大会であったことから、サテライトシンポジウム「My Wonderful Ultrasound」と特別講演「Ultrasound Studies in Space Medicine」をソ連邦英雄 Oleg Yu Atkov氏に、人類最初の宇宙空間に送られた超音波画像による研究の講演をいただくことが出来た。また、「超音波医学の発展をもたらした人達」と題した写真展を開催した。一般演題の審査は、「学会はこの様にあるもの」を実行するために審査委員に点数をつけていただき採択率が57%となった。474演題の中から273演題の採用となり、発表と討論の時間を十分に採って、納得するまで議論していただいた。審査の基準、方法、全応募演題の採点結果を講演論文集(Jap J of Med Ultrasonics, vol 19 Supplement I 1992)に公表した。年2回の研究発表会で行ってた機器展示は行わずに、新しい開発の超音波機器を提示・動作しながら発表

するという、新しい試みを行った。機器展示を行わなかったために、この研究発表会では会員の参加費のみで運営した。

第77回学術集会（77th JSUM）は第7回アジア超音波医学生物学会学術連合国際会議（7th AFSUMB 2004）と第29回日本超音波検査学会（29th JSS）との同時開催とし、栃木県総合文化センターと宇都宮東武ホテルグランデを会場として、2004年5月15日～21日まで1週間に及ぶ会議となった。

5月17日の開会式には秋篠宮同妃両殿下に御臨席いただき、お言葉をいただくことが出来たこと



77th JSUM・7th AFSUMB開会式に御臨席され御言葉を述べられる秋篠宮殿下と同妃殿下

は、日本超音波医学会にとって何にも代えがたい出来事であったと感謝した次第です。この時にいただいた秋篠宮殿下のお言葉は、超音波医学 vol 31, No 4, j263-267, 2004 及び英文版 J Medical ultrasonics vol 31, No 4, 163-166, 2004 に掲載されています。開会式に際して、日本医学会会長、栃木県知事、AFSUMB会長、WFUMB会長、全ロシア超音波医学会会長、オランダ超音波医学会前会長、地中海超音波医学会会長、欧州超音波医学会元会長、豪州超音波医学会会長など等大勢の来賓が参加された。開会式の後に、秋篠宮同妃両殿下はギャラリーで開催していた科学技術機器展示の見学にお出ましになりました。また、特別会議室において開催されたウエルカムレセプションにもご参加いただき、内外多くの研究者とお言葉を交わされ、午後7時に御帰京の途につかれました。両殿下の御臨席の様子は新聞、テレビなどにも取り上げられ、会員にとって喜ばしいことでありました。

今回の学術集会は3つの学会が同時開催となり、一般演題、シンポジウム、特別講演、その他810の研究発表がおこなわれた。参加者は3645名に達した。機器展示の参加は25社であった。ア



ウエルカムレセプションに御成りの秋篠宮同妃両殿下

ジアからは16カ国から参加があり、欧州、米国、ロシア、オーストラリア等からも多くの若い研究者が一般演題を持って参加し、活気を呈した。ポストコングレスミーティングでは、「超音波の安全性と生体作用」と「超音波の治療」が取り上げられ、その成果がエルゼビア社から Internadional Congress Series 1274, State of the Art : Ultrasonics in Medicine 2004として出版された。

我々の日本超音波医学会も創立以来50年を迎える今日、今後の超音波医学のあり方や学会の在るべき方向性について考えを新たにする必要がある。

1、学問としての超音波と人材育成が大切である
学問は学んで疑問を持つことである。常に向上心を持ち、絶えることなく進歩、発展を続けなければならない(欲窮千里目 更上一層楼)。勉学するには、しっかりと基礎を身に付けなければならない(絵のことは素より後にす。異端を攻むるは、これ害あるのみ)。超音波は理工学分野と医学とが共同して病める者に貢献する、メディカル・エンジニアリングの分野の代表格であろう。理工学の理論と創造性に依存するところが大きい。医学・医療はその恩恵に浴している。超音波診断装置は学問の粋を集めた成果である。まだまだ解決しなければならない多くのテーマが立ちまわっている。物理的なエネルギーの生体への作用もまだまだ未解決である。治療への応用も道遠しの感がある。多くの若い理工学系と医学分野の研究者を必要としている。指導的立場にある評議員や理事にとって人材育成が大切であるのは論を待たない。

2、変化しつつある医療制度における超音波医学
医学、医療の目指すものは、患者のための学問を実践することである(治療の実践)。医療政策としては、保健・介護・福祉・医療を行うことに

なる。そのためのメディカルサイエンス(医科学)を推進、進歩させること。超音波医学は科学として超音波を発展させ、医療に貢献するという実践の学問である。医療は時代、時勢と共に変化、流動化していく。今日の医療は年々めまぐるしく変化し、はたして病む人々への貢献が出来ているのだろうかと疑問も起きる。「頭髮が白くなったからとて長老なのではない。ただ年をとっただけならば、空しく老いぼれた人と言われる。ただ沈黙しているからとて、愚かに迷い無知なる人が聖者なのではない。もろもろの悪を除く賢者こそ聖者なのである。起きるべき時に起きないで、若くして力があるのに怠りなまけていて、意志も思考も薄弱で、怠惰でものうい人は、明らかな智慧によって道を見出すことがない。」

近年の医療制度の変化は包括医療体制DPCに進んできた。少子高齢化の中で、都会も地方も医療の過疎化に晒されている。高齢者にとって厳しい社会となってきたが、今こそ超音波医学の活躍できる場を拡大させなければならないと考える。

3、学会のあり様については、第84回学術集会の講演で申し上げた。学会は学術団体である。日本超音波医学会は文部省管轄の社団法人である。すなわち公的な学術機関なのである。さらに、日本医学会の分科会であり、日本学術会議の加盟団体である。また、WFUMBとAFSUMBの加盟団体でもある。学術集会と機関誌において、その学問を共有し、学術情報交換をする場を確保するのである。具体的には、一般演題、原著論文、症例報告等を通じて議論を尽くすことが最大の目的である。学会とは、「林深ければ鳥棲み、水広ければ魚遊ぶ」、そのような処でなければならない。学会のエネルギーは新知見、新手法(技術)の創出である。

わが日本超音波医学会は多くの先人たちが居る。工学者と医学者との共同研究によるところの多い学問領域であることが特徴である。願わくば、プラトンのアカデミアのように、大いなる議論

の場を維持されんことを。

4. 学会誌英文化（季刊）を進めた理事長としては、インパクトファクターもついたことから、今後一層の発展を期待する。実際には、外国からの投稿数を増やすにはPRが必要である。専門医制度を推進した者としては、更なる発展を希望するが、専門医制度協議会から日本専門医制評価・

認定機構となり、第三者機関を作り上げる方向にあるので、日本超音波医学会としてもイニシアチブを発揮して、全体の方向性をリードしていつてもらいたい。科研費の「医用システム」を作り上げた者としては、多くの若手研究者が優れた研究を推進し、学術振興会（文科省）の科学研究費を多く獲得することが望まれる。

02.

超音波検査と私

跡見 裕

(杏林大学学長)

1970年に医学部を卒業した私は、消化器外科医になることにした。当時、超音波検査というと白黒のBモードが代表であり、専門家が“胆石エコーが認められます”という、みんなは怪訝そうな顔をするだけであった。数年して、一年間放射線科で助手として勤務した。当時助教授であった蜂屋先生が、コンタクトコンパウンドを使用して超音波画像診断に取り組んでいた。月面写真のようなもので、これが胆嚢だと教えていただくのであるが、何と名人芸なことと感心した。

その頃関東中央病院の竹原先生が、いわゆる電子スキャン診断装置を使って優れた診断成績をあげていることを知った。早速教えを乞いにいくと、まず、酒を飲まされた。その内に様々な症例を見せていただき、なるほどこれなら取り組めるかと始めることにした。

日本超音波医学会との関わり

日本超音波医学会に加盟したのが1977年である。最初から学会には積極的に参加した。1986年に評議員となり、すぐに学会幹事となった。理事会にオブザーバーとして参加する機会をえて、学会運営の在り方、国際的な学会活動などを肌で知ることができた。和賀井、竹原、福田先生達と国際学会で外国にたびたび出かけたのもこの頃である。豪日交流協会から両国の超音波診断に関する交流の助成金を受け、シドニー、メルボルン、ブリスベンにいった。著名なコソフ教授にお会いでき、お話を伺ったのも懐かしい思い出である

(ドブラなどについても熱心にお話しいただいたが、残念ながらあまり理解できなかった)。消化器外科医としては胆膵疾患が専門であり、超音波検査も専ら肝胆膵を興味の対象としてきた。本学会でも、膵癌診断基準の作成の責任者となった。多くの方の協力を得てこれできたときはほっとしたものである。学会誌編集にも携わり委員長を務めた。その他社会保険委員長、倫理委員会委員長などを経験した。理事は1992年から2010年までの長きに渡り、2000～2002年に副理事長、2002～2004年に理事長を務めた。特に伊東元理事長には多くの助けを受けたことを感謝している。

画像診断の中での超音波検査

超音波検査が保険上の項目のどこに位置するのかは、大きな問題でありたびたび“画像診断の項”への移行について議論を重ねたが、歴史的な経緯もあり未だ結論を出すに至っていない。

画像診断の定義はやや漠然としている。検査の組み立てから診断までが網羅されており、有用な内容である。多くの雑誌で取り上げられる画像診断は、いわゆる単純x線写真、X線CT (CT)、MRI、超音波検査、PET/CTであり、多くは放射線診断医が従事している分野である。一方で保険診療報酬上での“画像診断”の項目には、エックス線診断 (X線撮影、血管造影など) と、核医学診断 (シンチグラフィ、PETなど)、コンピュータ断層撮影診断 (CT、MRIなど) となっており、

超音波検査は含まれていない。

音波に従事しているコメディカルの方は主として臨床検査技師であるが、放射線技師も日本超音波医学会による資格認定を受けることができる。超音波やMRIも“定義”によれば放射線に含まれることになるが、通常は超音波やMRIは放射線とはいわない（これらは非電離放射線であり、通常は電離放射線を放射線とするから）。いずれにせよ、超音波、MRIの進歩・普及も考慮すると、放射線診断学というより画像診断学との概念が適切であろう。では内視鏡検査は画像診断に含まれるのか。広義には含まれるのであろうが、内視鏡検査は特別な意義を持つ検査であり、いわゆる“画像診断”とは別枠で扱う方がよい。もちろん内視鏡（下）超音波検査は超音波検査であり、画像診断に含まれる。EUSの開発にわが国の技術者、医療関係者が果たした役割は大きい。本検査法が普及しつつある頃、呼称が問題となった。内視鏡下超音波検査か超音波内視鏡か？内視鏡の先に超音波診断装置が組み込まれているのであり、主体は超音波検査であることから、内視鏡下超音波検

査が適当ではないかと考えるが、わが国では超音波内視鏡がよく用いられている。ちなみに欧米ではEndoscopic Ultrasonography;EUSで、わが国でも超音波内視鏡検査はEUSと略される。

周知のごとく、超音波検査法の改良・普及には、わが国の医療関係者が世界をリードしてきた。和賀井の世界に先駆けた研究、仁村らの超音波ドプラの研究、飯沼による電子スキヤンの確立や幕内らによる肝臓手術への応用など業績は枚挙にいとまがない。

私自身は、直接的に超音波映像下に胆管を穿刺し、ガイドワイヤーを介してドレナージチューブを挿入する超音波映像下直接法の改良に取り組んだ。穿刺と同時にドレナージチューブを留置できるone-step法や、細い胆管に対するtwo-step法を、T式胆管ドレナージセットとして製品化した。同時期に、超音波映像下胆管穿刺の練習モデルも製品化した。今でもたまに、見かけることのあるものであり、いずれも若い頃の日常臨床に打ち込んでいた時代を思い出すものとなっている。

03.

理事長時代を振り返って

－ 専門医制度への思い入れ －

岡井 崇

(昭和大学産婦人科)

私は、平成20年～21年度、本会の理事長を務めさせて頂きました。就任直後の総会においても言及致しました様に、理事長として目指す第一の目標は正会員の減少傾向に歯止めをかけることでありました。

私が日超医に入会した1970年代から近年までの超音波は正に隆盛期にあったと言えます。しかし、最近のトレンドに目を向けますと、残念なことに正会員数が減少し続けております。超音波は今や各診療科で日常的な診断技術となっていて、単なる画像診断と言う範疇に入れられるとCTやMRIと比較して組織の画像化能力が特に優れているとも言えず、今後の発展におぼつかなさを感じる人も少なくないと思われまます。しかし、超音波には無侵襲性、診療に際しての利便性、更に実時間動画撮像能という利点があります。また、elastographyなどの革新的な技術も開発されていますし、診断のみでなく治療への応用も研究が進んでいます。超音波医学にはまだまだ広がり発展する余地があるのです。

とは言っても、前述の如く超音波が日常診療において余りにも一般的になってしまったため、日超医に入会して勉強したいと考える医師が減っている現実も認めざるを得ません。1975年に入会して以来、本学会に育てて頂いた身としては、できるだけ多くの医師に日超医に入会することのメリットを具体的に示すことも重要な役目であると思っていました。

そのメリットのひとつが超音波専門医の取得です。超音波検査が一般臨床で必須化したのであれ

ば、それを精緻に施行し正確な診断を下せる医師、との認証を受けることは魅力になる筈です。ところが現在は、研鑽を重ね試験に合格しても、その認証を有していることが実質的なメリットに結び付いていないのです。専門医制度の最大の目的は、医師に資格を取得するための勉強をさせ、その領域での診療能力を高めさせること、と私は考えています。それが、患者さんに質の高い医療を提供する源になるからです。そういう意味では、医療政策から見ても専門医取得へのインセンティブが必要なことは明らかです。日本でも将来は必ずそうなる、すなわち“専門医の資格がないとある種の検査はできない”、或は、“専門医が施行すれば保険点数が高くなる”などのメリットが与えられると考えられますが、今の所、この方向への進みは遅々としています。そこで、理事長を退任する前に私は以下の提言を行いました。

『今後、超音波関係の新しい技術や検査法の保険取載に際しては、必ず“超音波専門医が行う”または“超音波専門の居る施設で行う”等の付帯条件を付ける様要望することにしましょう。』これから保険点数化されるのは新しい技術ですから、特に専門性が要求されるのです。只、これには他学会との利害のコンフリクトが生じる場合もあります。そこで大切なのが学会間の協調です。ある時は譲っても次は主張を通してもらうという様に利害を調整する、それ位の巧みな戦略で中医協を動かさなければ事は進みません。学会同士のコンフリクトの調整に“専認機構”が介入することがあっても良いと、私は思っています。各学会

がその様な方向で一致して行動しなければ、日本における専門医制度の整備は、また遠ざかってしまうことになるでしょう。

それにしても、何故、日本の専門医制度はこれまで以上に整備が遅れているのでしょうか？私は当時、厚労省の研究班で「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医のあり方に関する研究」に参画しており、調査の結果を「我が国の専門医制度に関する一考察」として厚労省に報告しています。専門医制度に関わる歴史的経緯についても触れておりますので、会員の皆さんのご参考にして頂ければと考え、その報告要旨をここに記載することに致します。

日本で専門医制度の整備が遅れた背景

諸外国と比較し、我が国の専門医制度の整備が著しく遅れていることは論を待たない。

日本の医学会は明治以来、西洋医学を取り入れ、それを模倣して構築された医局講座制の影響下、各領域の医学を専門的に学びその領域を担当する医師を養成して来た。日本医学会は1902年に16の分科会により設立され、現在も各医学会（分科会）の集合体として構成されている。その日本医学会が、1916年に創立された日本医師会の下部組織に組み込まれたのは戦後で、GHQの指導によるとされている。同時期に敗戦国日本は医師不足の状態にあり、その対策として診療科の自由標榜制が導入された。

この自由標榜制は、開業医を中心に全国の医師を束ねる日本医師会には好ましい体制であった。それに対し、医学の学術的発展を領域別に追求するのみでなく、その領域の医師の診療能力の養成にも携わってきた日本医学会は、日本医師会の組織中に取り込まれていることから発言力が弱く、それが我が国で専門医制度の確立が進まなかった要因の一つであると指摘されている。

一方、世界に誇る日本の健康保険制度は1922

年に法律が制定され、1927年に運用が開始された。それが国民皆保険に発展し、全ての国民が公的保険でカバーされる体制が実現したのは1961年である。その後、被雇用保険本人及び家族の負担率は変遷をたどるが、全国民が均一に医療の提供を受けることのできる体制は制度上維持されている。

しかし、国民の全てに医療を受ける平等な機会を保証しようとするこの思想は、受ける医療の質の向上を目指す以上に均一な質であることが重視されるという医療政策上の錯覚を生みだし、結果的に長く我が国の医療の発展を阻害したとの見方もある。すなわち、医療を受ける権利の平等が医療の質の平等（均一）と混同され、より質の高い医療を進めることに抑止的な力を及ぼしてきた。日本の医療体制は社会主義的と言われるが、真に、最近に至るまで皆で共に質の低い医療に甘んじてきたのである。国家資格を持っているのであるから、どの医師も平等な権利を持つ患者に対し同じ質の医療を提供している筈であり、その医療に対しては均一の報酬が支払われて当然であるとの考えが未だに改まらない。「医師の差別は許さない」という日本医師会の主張に通じる考えである。この考え方が診療能力を高めるための医師個人のインセンティブを低下させただけでなく、専門医制度の必要性を唱える者の活動を抑えてきたのである。

医療関係者の広告を規制する医療法第69条の存在が専門医制度整備の動きを弱める力となっていたことも軽視できない。医療法第69条とは「① 医業もしくは歯科医業または病院もしくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法によるを問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない。 a. 医師又は歯科医師である旨 b. 第70条第1項及び第2項規定による診療科名 c. 病院又は診療所の名称、電話番号及び所在地の場所を表示する事項 d. 常時、診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 e. 診療日又は診療時間 f. 入院設備の有無 g. 病院建物の内部案内

h.その他、厚生省令又は厚生大臣の定める事項
 ②広告が許される事項であっても、その内容が虚偽にわたり、又は提供する医療の内容が他の施設と比較して優良である旨の広告や、誇大な広告をしてはならない。」である。

ここで言う診療科はいわゆる標榜科であって、何科専門医または認定医ではない。従って、2002年によくこの条文の規制が一部緩和されるまで何科専門医とは名刺に書くこともできなかったのである。

厚労省は専門医制度の必要性を認識していなかった訳ではない。にもかかわらず制度化が進まなかったのは、日本医学会をも下部組織にしている日本医師会の長い間の強い反対があったからで、医師会の抵抗に打ち勝つ力がなかったとも言える。もう一つの要因として忘れてならないのは我が国の医療費抑制政策である。医療費増加亡国論が世に出て久しいが、専門医制度が設立されると専門医を優遇せざるを得なくなり、それは国民医療費の増加につながるとの考えがなかったとは言えない、と筆者は思う。

専門医を認定する公的機関の必要性

我が国では、1962年にスタートした日本麻酔指導医制度が専門医活動の実質的な始まりであった。その後、多くの医学会が認定する専門医が次々に誕生し始めた。しかし、この“認定医”・“専門医”は社会的に認知されてはならず、医療体制の改善のためにも、またそれを取得した医師個人にとっても意味のない資格であった。そこで、学会認定の専門医を社会的に公認することを目的とし、1981年に22学会が共調して学会認定医制協議会を設立した。その後、機構改革等に合わせ、名称を専門医認定協議会、次に日本専門医認定機構と変更、更に2008年に日本専門医制評価・認定機構と改め今日に至っている。この機構は「社会に信頼される専門医制度の確立、専門医

の育成・認定及びその生涯教育を行うことにより、我が国の医学と医療の向上に寄与すること」を目的としているが、果たして期待通りの成果を挙げているかと問われると、肯定的な返答ができない状態にある。2008年12月現在、71学会がこの機構に加盟し、18の基本学会の専門医を機構が認定しているが、これは2002年の厚労省の広告規制緩和における外形基準（①学会が法人格を有する②会員1,000人以上③8割が医師④5年以上の研修プログラム⑤試験制度⑥更新制度を有する等）を追従したに過ぎないとの批判もあり、各専門医の質の評価等、本来の目的に合った役割を果たしているのか、疑問が呈されている。この機構の弱点は学会が構成員（社員）であることで、各学会が会員の利益を第一に考え発言するため統制が取れず、現在、外形基準を満たす学会が認定する広告可能な専門医は45存在するが、未だにこれらの質の評価をしてゆく全体の方向性を決められずにいるように見える。これを解決するためには、機構の活動が、医療界全体からまた社会から authorize されなければならず、医師会や病院・診療所の代表等に加えて、学識者や市民代表者からなる第三者機関へと発展させる必要がある。機構もそれを目指していると表明しているが、日本医学会会長主宰の日本専門医制審議会や日本医学会臨床部会専門医制度委員会との関係も不明瞭で、専門医を公的に位置付け、制度化し、その運用を実質的に担う中立的第三者機構の姿は遠目にも見えてこず、今後の成り行きは混沌としている。

諸外国との違い

マッキンゼー・アンド・カンパニーの報告によると、調査した先進国（アメリカ、カナダ、オーストラリア、フランス、ドイツ、スウェーデン、イギリス）では、国家レベルの基準に則る研修プログラムを修了した者を、医療専門家主体の政府委託組織が専門医と認定している。諸外国の専門医制度は、医師の卒後教育や診療の水準を保ち、

国家のニーズに応じて各領域の医師を適切に配置するために国が認知した公的機関が運用しているのである。

一方、我が国では、国家レベルで統一された認定制度がなく、専門医は各学会が認定し、卒後の教育や研修も各学会が担っている。これが専門医に関して先進諸外国と著しく異なっている点で、専門医と認定される医師の診療の質に領域毎の差を生じさせる可能性を容認することにもなり、各領域の専門医数に生じた不均衡を是正できない要因でもある。また、現在日本では、将来の需給バランスに関係なく専門分野が選択でき、更には診療を実施する地域や病院も自由に選べるが、多くの国では、これにも国家レベルでの制限が加えられている。それらの国では、将来の医療需要を予測して専門医数の制御や研修医の配置を計画的に行う権限を国から委託された独立機構等が存在し、機能している。また、多くの国では、各領域の専門医を必要な数確保し、その配置にも国や地方自治体が影響力を持てるよう、専門医養成コストを公費で負担している。この様な諸外国の取り組みは、必要な数の良質な専門医を社会的に供給することの重要性を国が認識すると共に、国民がそれを要請していることの表れであろう。

翻って我が国では、各領域の専門医の数を制御しその質を管理する権限を有した公的機関は存在しない。この現状は、我が国の専門医制度の整備が如何に遅れているかを如実に示すのみでなく、専門医制度に対する国と国民の意識の低さを表していると言わざるを得ない。

目指すべき方向と課題

国が国民に対して良質の医療を提供するためには、医師の診療能力を保証する必要がある。それは患者から信頼される医療の実現に不可欠で、医療の危機が叫ばれる昨今、国家レベルでの医療の質の担保がより高い水準で求められている。

医学と医療の進歩に伴い、細分化され専門性の

高い医療の分野が拡大していることは明らかで、かつてのように一人の医師が全ての領域で質の高い医療を提供することは不可能である。そのために、進歩した各分野の医学を修得し、その領域の診療を担当する専門医を養成することが重要なのは、先進諸外国の例を見るまでもなく、誰もが認める所である。

前述のように、我が国では、各学会が主導してそれぞれの領域で専門医の認定を行っているが、学会毎に認定の基準が異なり、専門医の質の評価が第三者により行われていないという問題がある。また、各学会は試験に基づき認定を行っているものの、手術や検査の手技などの評価が充分に行われているかについては疑問が呈されている。しかし、何よりも問題なのは、専門医の資格に対して公的な制度としての基盤が確立されていないことである。そのため、専門医が自らの専門性を生かした業務に専念できる環境が整っていない。社会の側から見れば、専門医を働かせる効率が悪いのである。また一方で、資格を得た者に何の実益もない現状は、資格を取得することへのインセンティブを低下させ、取得後も専門医として社会に貢献する意欲を減退させる。国は、この現状を放置せず、専門医の認定とそのあり方を国家レベルで制度化しなければならない。これにあたっては、専門医の認定を公的に制御する第三者機関が必要となるが、それには「日本専門医制評価・認定機構」や「日本専門医制審議会」、あるいは2008年に日本学術会議が提唱した「専門医制度認証委員会」などを発展させることが考えられる。いずれにしても、その機関に強い公的権限を付与しなければ制度化自体が不可能なことはこれまでの経緯より明らかである。

各学会からなる日本専門医制評価・認定機構は、本来医師側の総意として専門医制度の推進に当たべき組織であるが、加盟各学会の都合やそれぞれの学会員の利益を考慮するあまり、決して統制が取れているとは言えず、制度化に向けての活動成果は上がっていない。今こそ、各学会が個別の

利害を乗り越えて制度化に向けて団結しなければならぬ時を迎えているのではないだろうか。この機構が、専門医制度の設立、運用、特に専門医の質の評価と保証、教育・研修の充実等を担う第三者機関の中核となれるかどうかは、加盟学会の姿勢に掛かっていると言える。

専門医制度の確立に向けて、検討すべき課題として無視できないのが、診療科の標榜に関する点である。既述したように、診療科の自由標榜制が我が国の専門医制度の整備を遅らせて来たことは疑いのない事実で、診療科標榜との関係を整理しなければ専門医の制度化は前に進まない。過渡期においては、ある程度現状を容認しつつ、漸次、診療科の標榜にも制限を加えてゆく必要が出てくるであろうし、また、標榜診療科の名称等についても新しい時代の医療体制に則した改訂を行ってゆかなければならない。この点においても、国は強い意志で改革に臨むべきである。

専門医制度の整備と共に是非確立させなければ

ならないのが、家庭医（総合診療医）の教育制度並びに認定のシステムである。我が国においても、プライマリケアを担当する専門医が必要なことは言うまでもない。それを担う家庭医にもこれまで以上の質の向上が望まれており、専門的な教育と研修が要求される。関連学会（日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会）は協調してそのシステムの確立を促進すべきであり、また、日本医師会の唱える“かかりつけ医”との整合性を図る必要もある。

上記も含め、国家レベルによる専門医の制度化には、国の統制を強めるとの理由で反対する意見もあるが、そもそも専門医制度は患者のためのものであり、資格を取るために医師が知識の幅を広げ技量を向上させることはすなわち患者の恩恵につながることである。患者の側からみて分かりやすい専門医制度であることが重要であると共に、その名に値する診療能力を備えた医師を必要な数供給することは国の義務であると考えられる。